

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "Falcone e Borsellino"

**OGGETTO: DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI E/O
ALLERGIE A FARMACI.**

Il/La sottoscritto/a _____ genitore

dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____

della Scuola Infanzia/Primaria/Secondaria di _____

COMUNICA CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A

☐ non è affetto/a da allergie e/o intolleranze alimentari;

☐ presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari _____

_____ come

attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione e, pertanto, chiede il pasto
alternativo durante le visite guidate e/o i viaggi d'istruzione;

☐ non è affetto/a da allergie a farmaci;

☐ presenta allergie a farmaci, come attestato dal certificato medico allegato alla presente
dichiarazione.

Eventuali altre informazioni da segnalare _____

_____, lì _____

Firma/e del/i genitore/i
